

Høring - NOU 2015:11 – ”Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse – og omsorgstjenesten”

Utvalget vektlegger straff og tilsyn mot enkeltpersoner/avdelinger som de virkemidler som best forebygger uønskede hendelser i helsevesenet. Utvalget ønsker skjerping av reaksjoner for faglige feil. Informasjon, kunnskap og undervisning er andre virkemidler som kan ha like god eller bedre effekt, om målsettingen er på best mulig måte å redusere antall uønskede hendelser i helsevesenet. Vi mener systemperspektivet og samfunnsperspektivet bør vektlegges i betydelig større grad.

Høring - NOU 2015:11 – ”Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse – og omsorgstjenesten”

STRAFF OG TILSYN

Utvalget vektlegger straff og tilsyn mot enkeltpersoner/avdelinger som de virkemidler som best forebygger uønskede hendelser i helsevesenet. Utvalget ønsker skjerping av reaksjoner for faglige feil. Informasjon, kunnskap og undervisning er andre virkemidler som kan ha like god eller bedre effekt, om målsettingen er på best mulig måte å redusere antall uønskede hendelser i helsevesenet. Vi mener systemperspektivet og samfunnsperspektivet bør vektlegges i betydelig større grad.

Det er sanksjonsfri meldeordning for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunal helse- og omsorgssektor arbeider mer selvstendig og er mer utsatt for personlige tilsynsreaksjoner. Det er behov for en diskusjon om det er riktig med det sterke personlige ansvar ansatte i kommunehelsetjenesten har, sammenlignet med den beskyttelse ansatte i spesialisthelsetjenesten har.

Med økt ønske om å gi administrative reaksjoner til helsepersonell som har vært ansvarlige for alvorlige hendelser, vil også angst og redsel hos helsepersonell øke. Dette vil utløse økt ressursbruk for å sikre seg mot eventualiteter, og i tillegg vegring for å utføre risikable prosedyrer.

Det er allerede i dag et betydelig problem med overdiagnostikk og overbehandling. Dette er en dimensjon som må vurderes sammen med ønsket om økt tilsynsvirksomhet. Ved å gi pasienter og brukere rett til å klage vil antall saker øke, antagelig i betydelig grad. Behandling av pasienter vil alltid være forbundet med risiko, det er mange individuelle faktorer som medfører at selv om alle

rutiner og prosedyrer følges vil uheldige hendelser kunne inntreffe. Det er ikke realistisk med en 0-visjon for uheldige hendelser i helsevesenet. Det er de alvorlige sakene med klart avvik fra rutiner, klar systemsvikt og systematisk faglige feil som bør medføre reaksjoner. Det kan være tilfeldigheter som avgjør hvilket helsepersonell som rammes av en uønsket hendelse. Det er svært ressurskrevende å håndtere og svare på klagesaker. Vi mener en omlegging vil medføre dårligere rekruttering til den delen av helsetjenesten hvor leger arbeider mest selvstendig. Det er viktig å sikre god rekruttering og stabilisering av fastleger, legevaktleger og avtalespesialister

Det er viktig også for pasient og pårørende å ivareta og beholde helsepersonell med god kompetanse. Det er viktig for helsepersonell å bli ivaretatt og ha god rettssikkerhet.

HOVEDTILRÅDNING

En hovedtilråkning i rapporten er bedre oppfølging og ivaretagelse av pasient, brukere og pårørende og deres rettigheter. Utvalget foreslår å lovfeste et møte mellom pasient/bruker/pårørende og helsepersonellet som har vært involvert, innen ett døgn. Dette møtet må ha klare rammer og helsepersonellet må ikke risikere å måtte møte alene. Det må da samtidig lovfestes at leder og/eller tillitsvalgt skal bistå helsepersonellet i organisering og deltagelse i et slikt møte. Det er vanskelig for en fastlege eller avtalespesialist å få andre til å overta de oppgaver som er lagt i timeboka. Det er ingen vikarer eller andre leger som står klare til å ta over oppgavene. Mange har ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det vil også være en urimelig forskjell i kostnadsdekning mellom det helsepersonell som har fast lønn og det helsepersonell som er selvstendig næringsdrivende. Med et eventuelt lovpålagt møte må det sikres økonomisk kompensasjon for de selvstendig næringsdrivende.

I kap 1 s 11 i rapporten står det at *"terskelen bør justeres ned for å gi administrative reaksjoner"*, dette gjentas flere ganger gjennom dokumentet f.eks også på s 247: *"toleransen for uforsvarlighet bør være noe mindre. Terskelen for å ilegge de administrative reaksjonene tilbakekall og begrensning bør justeres noe ned"*.

Vi er uenige i at det er mest hensiktsmessig å utvikle helsetjenesten ved å i større grad gi administrative reaksjoner til de enkelte ansatte. Ifg mandatet til gruppa skal det være avgjørende at helsepersonell ivaretas (kap 2.2 s 14). I kap 2.2 s 15 refereres det til Sverige: *"Sverige har for eksempel nylig fått et regelverk som i større grad bygger på et systemperspektiv, ved at virksomhetens ansvar tydeliggjøres og utvides. Samtidig er administrative reaksjoner mot enkelt helsepersonell nedtonet"*. Vi mener dette perspektivet burde vektlegges også i Norge.

LEDELSE

Kapittel 7.4 heter *"Dette må ikke skje igjen – betydningen av ledelse for risikostyring og håndtering av alvorlige hendelser"*. Lederfunksjonen ved alvorlige hendelser er svært viktig. Det forutsettes i rapporten at det er en fungerende ledelse som skal ta tak i og håndtere uheldige hendelser. Det er vanskelig å se hvordan dette skal fungere slik fastlegetjenesten, legevaktjenesten og avtalespesialistene er organisert i dag. Det har vært liten ledelse i primærhelsetjenesten og både fastleger og avtalespesialister er som regel organisert som selvstendig næringsdrivende. Kommuneoverlegen har ingen definert lederoppgave for fastlegene.

I kap 7.6.2 s 211 refereres det til at myndighetene fra og med høsten 2015 har etablert en masterutdanning i kommunehelsetjenesten. Dette er ikke en realitet og kan ikke brukes som argumentasjon for en løsning på problemet med manglende ledelse i primærhelsetjenesten. En ledelsesstruktur for fastleger og legevaktleger krever tydelig avklaring om roller og forventinger, uten å risikere en organisering som svekker fastlegetjenesten. Ledere i primærhelsetjenesten kan ikke tillegges en betydelig rolle i arbeidet med uheldige hendelser (kap 7.4.4) når det pr i dag ikke er etablert noen klar ledelsesstruktur for fastleger, legevaktleger eller avtalespesialister. Lederprinsippene i interkontrollforskriften (boks 7.2) er nyttige, men dessverre ikke pr nå anvendbare i primærhelsetjenesten og deler av spesialisthelsetjenesten.

Det uttrykkes et ønske om å gi også ledere administrative reaksjoner i 7.7.5.1 s 246: *"Det er et paradoks at tilsynsmyndighetene har til disposisjon en rekke ulike reaksjonsformer ovenfor helsepersonell, men ingen ovenfor ledere"*. Det er behov for gode ledere på alle nivå i helsetjenesten, og risiko for administrative reaksjoner mot enkeltledere vil ikke bidra til å rekruttere og stabilisere gode ledere.

UNDERSØKELSESKOMMISJON

Utvalget argumenterer godt for hvorfor flertallet ikke tilrår en undersøkelseskommisjon i helsevesenet. Vi støtter denne argumentasjonen med hovedargumentene: ressursbruk, eksisterende ordninger og interne læringsprosesser.

Utvalget foreslår at politiet IKKE skal knytte til seg helsefaglig kompetanse (kap 7.8.4). Vi støtter dette ut fra argumentene: større bruk av sakkyndige, begrenset antall meldinger pr år og stor ulikhet i sakene. Vi mener det dermed blir en selvmotsigelse når utvalget samtidig ønsker at politiet skal ta en mer selvstendig vurdering av om grunnlag for etterforskning er tilstede.

UTDANNING

Det er viktig at utdanning av leger i større grad vektlegger undervisning om uønskede hendelser og hvordan disse skal håndteres. Det må også være gode etterutdanningsmuligheter for å øke kunnskapen om dette. Vi støtter forslagene til gode nasjonale opplæringstilbud (7.5.1)

Det er vanskelig å se hvordan fastleger, legevaktleger og avtalespesialister i realiteten skal ha gode møteplasser for diskusjon og refleksjon om uønskede hendelser. Det er mange klagesaker på hendelser håndtert av legevaktleger (ca 3-4 x økt risiko sammenlignet med annet fastlegearbeid). I dokumentet er omtrent ikke legevakt nevnt. Når brukere og pårørende skal få klagerett må det etableres gode rutiner slik at legevaktsleger, fastleger og avtalespesialister får hjelp og støtte i klageprosessen.

7.7.7 OMORGANISERING AV TILSYNSVIRKSOMHETEN

Utvalget foreslår to modeller i ny helsetilsynslov. Hvis lovgivningen skal endres fra slik det er i dag foretrekker vi modell 1 hvor tilsynet med alle helse- og omsorgstjenester regionaliseres. Modell 2 innebærer at tilsynet med spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester behandles på ulike nivå. Dette er uheldig.

Det er med dagens organisering et uavhengig nasjonalt klageorgan, dette bidrar til å sikre likhet i tilsynsvirksomheten mot det enkelte helsepersonell. Hoveddelen av tilsynssaker som behandles i Statens Helsepersonellnemnd (SHPN) handler ikke om faglige feil. Det er hensiktsmessig at tilsynssaker som omhandler rus, rollesammenblanding og forholdet til allmennhetens tillit behandles hos ett organ. Det er relativt få saker pr år og stor variasjon i sakene. Det vil bli få like saker i hver region og dermed mindre kompetanse hos saksbehandlere og vanskelig å sikre likebehandling. Utvalget ser ikke ut til å ha vektlagt at det ikke er faglige feil som er hoveddelen av tilsynssakene.

Fordelene med SHPN er sammensetningen av medlemmer hvor alle er i virksomhet utenfor byråkratiet og det er bred geografisk representasjon. Alvorligheten i sakene medfører at vedtaksmyndighet bør være sentralisert. Fylkesmennene har i dag viktige oppgaver ved forberedelse av sakene og kan også avvise saker. Vi mener tilsynsvirksomheten fortsatt bør være organisert slik at det er Helsetilsynet som fatter vedtak om administrative reaksjoner mot helsepersonell. Det er viktig både for pasientene, pårørende og for helsepersonellet at saksbehandlingstiden blir betydelig kortere enn det den er i dag.

Vi vurderer det ikke som realistisk at modell 1 vil føre til effektivisering og økonomisk innsparing. Det må etableres en stor ny administrasjon selv med samling 4-5 steder i landet.

7.7.5.4 LOVBRUDDSGEBYR MOT VIRKSOMHETER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Utvalget foreslår å ilegge lovbruddsgebyr ovenfor alle virksomheter, f.eks ved manglende varsling. Det er ikke nødvendigvis gebyr som har størst effekt, vi tror kritikk fra tilsynsorgan har like stor effekt. Gebyr vil medføre mindre ressurser til helsetjenesten og dermed risiko for dårligere tilbud for pasientene. Et gebyr vil ha forholdsmessig større konsekvens for mindre budsjett, som i små enheter. Hvem skal ilegges lovbruddsgebyret f.eks ved manglende varsling om alvorlig hendelse fra legevaktlege, avtalespesialist eller fastlege? Kommunen som har avtale med legen eller skal det ilegges legen personlig?

7.7.5.2 KLAGERETT FOR VEDTAK ETTER HPL § 60

Vi er enige i at det innføres klagerett etter HPL § 60 som omhandler pålegg om medisinsk eller psykologisk undersøkelse.